

"Importancia del Pneumoperitoneo en el diagnóstico del absceso hepático amebiano propagado a pulmón"

INFORME PRELIMINAR *Dres. Eva M. de*

Gómez y Edgardo Alonzo M,

Aunque la amebiasis sea una de las parasitosis más ampliamente distribuidas en el globo terráqueo y que entre sus complicaciones una de las más graves sea el absceso amebiano del hígado (A.A. del H.), el cuadro clínico y los métodos accesorios de investigación no siempre llevan al diagnóstico correcto.

El A.A. del H. suele presentar con frecuencia un cuadro insidioso que se prolonga por días o semanas hasta que el diagnóstico se hace evidente por signos tales como la hepatomegalia y el dolor a la palpación o puñopercusión hepática.

Posiblemente cada uno de nosotros ha tenido más de un "caso problema" de esta índole- En la presente comunicación nos referiremos a una complicación del A.A. del H. consecuencia de la propagación por contigüidad: el absceso amebiano de pulmón y la ayuda que el pneumoperitoneo nos da para determinar el origen hepático.

Veamos rápidamente los síntomas y signos del A.A. del H. más frecuentes en nuestro medio según un estudio realizado en equipo hace algunos años:

SINTOMAS CLINICOS		
Fiebre	57 casos	93%
Dolor en hipocondrio derecho	53 "	87%
Anorexia	39 "	64%
Astenia	37 "	61%
Escalofríos	32 "	52%
Pérdida de peso	28 "	46%
Desinteria o diarrea concomitante	28 "	46%
Ataque severo al estado general	26 "	43%
Diaforesis	25 "	41%
Tos	23 "	38%
Vómitos	18 "	29%
Ictericia	7 "	11%

* Trabajo presentado al XV Congreso Médico Centroamericano.

SIGNOS FISICOS		
Fiebre	58 casos	95%
Dolor a la puñopercusión	57 "	93%
Hepatomegalia	49 "	80%
Taquicardia	40 "	66%
Signos pleurales	24 "	39%
Signos pulmonares	9 "	15%
Ictericia	8 "	13%

La dificultad diagnóstica a que nos hemos referido anteriormente puede acentuarse cuando aparecen manifestaciones pulmonares, primordialmente punta de costado, expectoración mucopurulenta o achocolatada, con signos de condensación en base pulmonar derecha.

El caso más simple sería aquél en que ya se ha diagnosticado un proceso infeccioso del hígado, sea un absceso amebiano o bien un absceso piógeno.

Con este antecedente, la aparición de síntomas o signos de la base pulmonar derecha más un Rx que indique obliteración del ángulo costofrénico o condensación de la b.i.se o pérdida de sustancia equivalente a cavidad, son hechos que se concatenan y fácilmente se deduce que ambos procesos son uno solo, en realidad.

Sin embargo, como dijimos, la sintomatología hepática puede no ser evidente y síntomas tales como fiebre, anorexia, pérdida de peso, náuseas, no han sido atribuidas a patología del hígado; si a ésto se agregan signos pulmonares y las imágenes Rx pulmonares antes citadas, podrían desviar el diagnóstico con resultados negativos para el paciente.

El objeto de nuestro trabajo va dirigido en dos sentidos:

1º—Llamar la atención sobre la posibilidad de absceso pulmonar de procedencia hepática; y 2º—Describir como el pneumoperitoneo es un medio diagnóstico de valor en la pesquisa de la etiología del absceso pulmonar.

Pneumoperitoneo

Es posible disminuir el volumen pulmonar al introducir aire a presión en la cavidad peritoneal, en volúmenes que causen elevación del diafragma. En alguna época fue el método más aceptado de colapso en sanatorios tuberculosos.

Su ventaja principal era la reversibilidad completa del colapso sin pérdida permanente de la función pulmonar y sus pocas complicaciones. Con el advenimiento de los quimioterápicos para el tratamiento de la tuberculosis, este método fue cayendo poco a poco en desuso. Actualmente el pneumoperitoneo diagnóstico sigue siendo método útil para delinear en radiografías los contornos de algunas lesiones en la proximidad del diafragma.

"Es un hecho bien demostrado que el pneumoperitoneo diagnóstico excluirá abscesos amebianos y subdiafragmáticos si muestra que la cúpula del hígado está totalmente separada del diafragma derecho", según Hinshaw.

Examen físico: bien nutrida, submatidez en la base derecha.

M-V. y V.V. disminuidos en la base derecha.

Tratamiento: antibióticos (Gentamicina, Tetraciclina) y nebulizaciones.

Pneumoperitoneo diagnóstico: despega perfectamente bien los hemidiafragmas.

Diagnóstico: Absceso base pulmonar derecha.

NOTA: Hemos escogido este caso como demostrativo de un absceso de base pulmonar derecha que no tiene relación en absoluto con patología hepática.

A continuación los casos que se refieren a este trabajo:

CASO N° 2

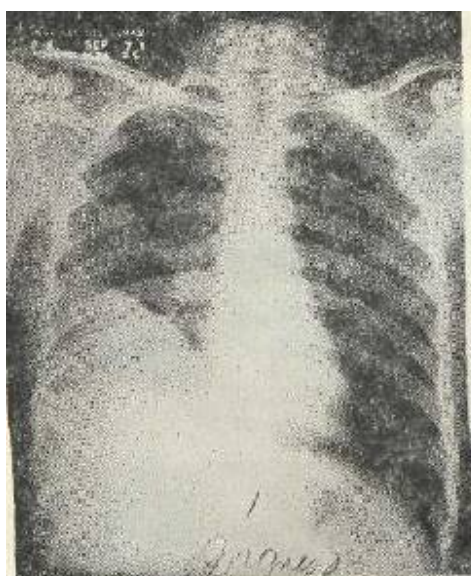


Fig. 3
Absceso de la base pulmonar D.

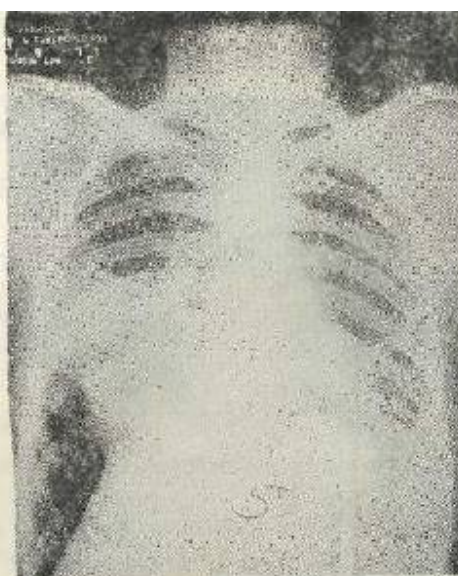


Fig. 4
El neumoperitoneo "no despegar" el hemidiafragma D.

D. G. M.

Historia N° 71-11919. Edad: 46 años. Sexo: M-Ingresa el 13-IX-72, referido por Hospital de Juticalpa.

Sintomatología: tórpidas, de 6 meses de evolución con síntomas respiratorios: tos, expectoración hemoptoica, fiebre, pérdida de peso, adinamia. No hay hepatomegalia y la puñopercusión hepática es negativa. Rx de ingreso: opacidad en la base derecha.

Rx con neumoperitoneo: elevación de la cúpula diafragmática derecha sin lograrse "despegue" en absoluto de hemidiafragma derecho. , Dg: Absceso amebiano del hígado drenado a pulmón.

Tratamiento médico: antiamebiano con Cforoquina, Emetina, Carbarsone, Penicilina por 3 días.

Duración del tratamiento: 21 días.

Curado.

CASO N° 3

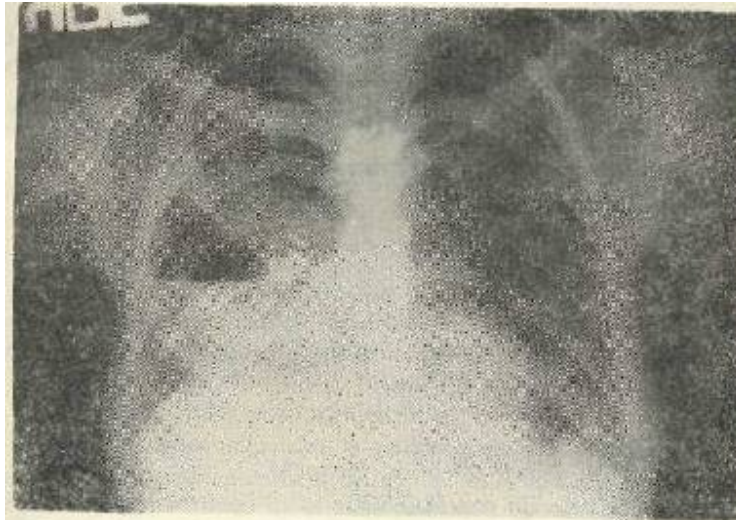


Fig. 5

Absceso de la base pulmonar D con imagen hidroaérea.

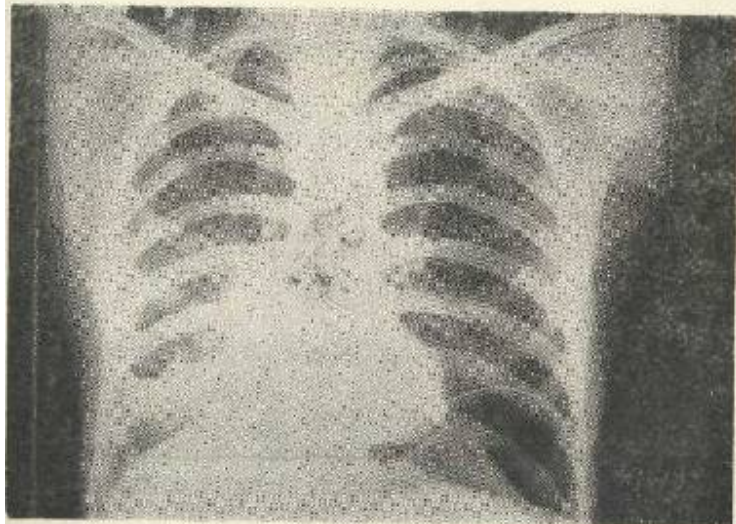


Fig. 6

El pneumoperitoneo "no despeg" el hemidiafragma D.

E. G. H.

Historia N° 68-8825. Edad: 54 años. Sexo: M-

Ingresa el 29-X-68, referido por Hospital Sta. Teresa de Comayagua y H.G.S.F. Sintomatología: inicio brusco con "punta de costado retroesternal", fiebre, tos con expectoración hemoptoica tratado con antibióticos.

Signos físicos compatibles con condensación de la base pulmonar derecha; elevación de Ja cara superior del hígado en el 4^o E.I.D.

Rx de ingreso: Absceso con nivel líquido tabicado en base pulmonar derecha. Rx con pneumoperitoneo: Despegue parcial del hemidiafragma derecho. Despegue total de lado izquierdo.

Dg: Absceso amebiano del hígado con propagación a base pulmonar derecha.

Tratamiento: Cloroquina, Emetina, Tetraciclina, Carbarsone. Duración del tratamiento: 10 días. Curado.

CASO No.4

S. I. R. J.

Historia N° 70-10301. Edad: 29 años. Sexo: M.

Ingresa el 20-IV-70, referido por H.G.S.F.

Síntomas: esencialmente respiratorios: tos, expectoración achocolatada y *luego* hemoptoica, fiebre.

Rx ingreso: Zona de condensación en L.I.D. que coincide con elevación de cúpula diafragmática.

Rx con pneumoperitoneo: Despegue parcial del hemidiafragma derecho, no lográndose despegar en el extremo externo lo que corresponde al área de la condensación pulmonar.

Tratamiento: antiamebiano con Cloroquina, Emetina, Carbarsone.

Evolución: 33 días, muy buena respuesta con tratamiento médico puro- Curado.

CASO N° 5

L. R. C. M.

Historia N° 70-10960. Edad: 19 años. Sexo: M. Ingresa el 16-1-70, referido por el Dr. Echeverría de San Pedro Sula. Síntomas: relata "inflamación del hígado" de 3 meses de evolución. Acusa tos, dolor en base pulmonar, expectoración achocolatada, pérdida de peso. Signos físicos: compatibles con condensación de base pulmonar derecha. Hígado moderadamente aumentado.

Rx de ingreso: marcada elevación de la cúpula diafragmática derecha con cavidad en la base pulmonar derecha e imagen hidroaérea.

Rx con pneumoperitoneo: imposibilidad de despegue en la totalidad del hemidiafragma derecho.

Dg: Absceso hepático amebiano drenado a pulmón- Absceso en la base del pulmón derecho.

Tratamiento: antiamebiano puro con Cloroquina, Emetina y Carbarsone.

Evolución: 21 días, muy buena respuesta con tratamiento médico puro.

Curado.

CASO N° 6

E. A. R.

Historia N°. 71-11662. Edad: 17 años. Sexo: F.

Ingresa el 30-VI-71 referida por H.G.S.F.

Sintomatología: respiratoria inicial caracterizada por dolor torácico, tos, expectoración blanquecina que luego se transforma en achocolatada y vómica abundante y fétida, fiebre, anorexia, insomnio y reacción psicótica aguda. Signos físicos: compatibles con condensación de la base pulmonar derecha. Hígado moderadamente aumentado, la puñopercusión hepática es negativa-Rx de ingreso: moderada elevación de cúpula diafragmática derecha con infiltrado bilateral más acentuado en la base pulmonar derecha en donde se observa gran cavidad con imagen hidroaérea.

Rx con pneumoperitoneo: despegue parcial del hemidiafragma derecho mostrando una sinequi o posible trayecto de fístula de hígado a pulmón.

Dg: posible absceso hepático amebiano drenado a pulmón.

Tratamiento: mixto antiamebiano y antibiótico.

Evolución: 37 días con vómica espectacular, fetidez extraordinaria y reacción psicótica aguda.

Curado

CASO N° 4

B. R. R.

Historia 71-12401. Edad: 30 años. Sexo: F.

Ingresa el 19-X-71 referido por H.G.S.F.

Historia de haber sido intervenida en el H-M.I. 45 días antes de su internamiento por un proceso abdominal agudo en el curso de su embarazo, encontrándose en esta ocasión pus de color achocolatado en el peritoneo. 2 días después aborta el feto de 5 meses. 4 semanas después ingresa en el H.G.S.F. por dolor en hipocondrio derecho en donde una Rx de tórax demuestra la elevación de la cúpula diafragmática y borramiento del ángulo costofrénico derecho.

La paciente tuvo tratamiento antiamebiano en sus hospitalizaciones anteriores pero aparentemente fueron incompletos.

Al ingreso al I.N.T. se encuentra franca hepatomegalia, palpación y puñoper-cusión dolorosa y se comprueban los hallazgos radiológicos del H.G.S.F.

Rx de ingreso: Elevación de la cúpula diafragmática derecha y borramiento del ángulo costofrénico del mismo lado.

Rx con pneumoperitoneo: se despeja perfectamente el hemidiafragma izquierdo pero no logra despegar en absoluto el hemidiafragma derecho-

Dg: Absceso amebiano del hígado con propagación a base pulmonar derecha. El tratamiento médico se efectúa con Metronidazol 500 mg. q.i.d. y la paciente mejora desapareciendo la fiebre pero persiste hepatomegalia. Se le propone intervención quirúrgica y la paciente solicita su alta.

Tres semanas después reingresa al H.G.S.F. afebril pero con hepatomegalia a 8 traveses de dedo del reborde costal. Se intenta hacer una oonfaloportografía sin éxito y se decide hacer evacuación de colección purulenta del hígado extra-yendo 3.200 cc de pus achocolatada.

El Dg quirúrgico fue de absceso hepático amebiano enquistado con gruesas paredes que posiblemente hacían resistencia a los tratamientos médicos establecidos.

La evolución fue de cerca de 3 meses tomando en cuenta las hospitaliza-ciones anteriores. Curado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentaron seis casos de absceso hepático amebiano propagado a base pulmonar derecha, en cuyo diagnóstico fue decisiva la aplicación del pneumo-peritoneo. En todos estos casos el tratamiento médico comprobó la etiología amebiana. El procedimiento es sencillo e inocuo y es de práctica corriente en los problemas diagnósticos de base derecha que se presentan en el I.N.T.

La imagen en la cual la cara superior del hígado se "despega del diafragma" fue evidente en la no participación del hígado en el proceso basal derecho. Este hecho se ilustra ampliamente.

En consecuencia, se recomienda a los colegas que tengan la posibilidad de practicar el pneumoperitoneo en instituciones dotadas de Rx el empleo del mismo como método de rutina en el Dx de las lesiones de base derecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—SHANKS, S. C; KERLEY, P.: CHEST. A text-book of X-Ray diagnosis. Saunder, 2ª Edición, página 226.
- 2.—ROWLAND, H. A. K.: Radiological changes in amoebic liver abscess. J. Trop. Medicine and Hygiene. 66: 113, 1963.
- 3.—ZUNIGA, S. R.: Col.: Absceso hepático amebiano. Tema oficial de Honduras al VI Congreso Médico Centroamericano, San Salvador, 1961.
- 4.—AIKAN, J- W.; KALMI, B., KALDERON, M.: The clinical syndrome of amebic abscess of the lobe of the liver. Ann. Int. Medicina. 55: 800, Nov. 1961.